Comisión de
Legislación del Trabajo
S/C

Versión Taquigráfica N° 855 de 2016

SITUACIÓN EN EL HOSPITAL MACIEL

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 13 de diciembre de 2016

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Wilson Ezquerra.
MIEMBROS:	Señores Representantes Luis Puig, César Rodríguez y Nelson Rodríguez Servetto.
INVITADOS:	Por el Hospital Maciel, señores Director doctor Álvaro Villar; Administrador licenciado Pablo Vera; Director Adjunto y asesor legal doctor Juan Pablo Decia.
SECRETARIO:	Señor Francisco J. Ortiz.
PROSECRETARIA:	Señora Sandra Pelayo.

SEÑOR PRESIDENTE (Wilson Aparicio Ezquerra Alonso).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida al director del Hospital Maciel, doctor Álvaro Villar; al director adjunto y asesor legal, doctor Juan Pablo Decia; y al administrador del Hospital, licenciado Pablo Vera, a quienes les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR VILLAR (Álvaro).- Agradezco a la Comisión que nos reciba en el día de hoy.

Hace cuatro años que estamos en la Dirección del Hospital, con un equipo integrado, entre otros, por quienes me acompañan en el día de hoy, más un equipo de profesionales con los que venimos trabajando.

Tomamos el Hospital Maciel en una situación muy crítica, donde había situaciones derivadas de problemas que hubo con las empresas tercerizadas, sobre todo la de limpieza, y situaciones dadas por los sucesos en torno a los supuestos asesinatos de pacientes por parte de enfermeros. Si bien todos ustedes conocen en qué derivó eso desde el punto de vista legal en cuanto a las investigaciones respectivas, en ese momento determinó una pérdida de confianza de los usuarios en el Hospital y cierto rechazo al personal médico y de enfermería, que es una de las peores cosas que le puede pasar a una institución de salud.

Entonces, se nos planteó la necesidad de lograr que el Hospital volviera a ser como había sido en sus doscientos años de historia: un centro de referencia de primer nivel para la salud pública del país. Nos propusimos recuperar la confianza de la población y un poco más que eso: lograr que la población que atendiéramos recibiera la medicina del mejor nivel posible desde el punto de vista quirúrgico, médico,

profesional en general, técnico, y mejorar el trato a los usuarios del sistema, partiendo de una base muy crítica. Creemos que hay muchas cosas que mejorar en la forma de tratar a nuestros usuarios, en cuanto al lugar que deben ocupar y a los derechos que tienen en el funcionamiento del sistema de salud.

Uno de los problemas principales con que nos encontramos fue que había situaciones muy graves de ausentismo. El ausentismo empeoró luego de estos hechos a los que hice referencia, pero al tomar la Dirección del Hospital, hace cuatro años, superaba el 25%; o sea que de cada cuatro personas, una no venía a trabajar. Eso, en un equipo de salud, que requiere un funcionamiento colectivo importante y una conjunción de personas muy importante, es clave. No hay nadie indispensable, pero con uno solo que falte en una operación, esta no se puede hacer: si falta el anestesista, no se puede hacer; si no está el instrumentista, no se puede hacer. Es decir que los sistemas de salud dependen muchísimo del presentismo. La Emergencia del Hospital requiere que todo el mundo asista, y nos encontramos con una situación muy grave en ese sentido

Soluciones mágicas para resolver el ausentismo, lamentablemente, ninguno tiene. Era todo un desafío para el Hospital ver cómo ir mejorando eso. Nos pareció que lo principal era trabajar de forma coordinada en un cambio en la cultura de trabajo. Nosotros detectamos que para muchas personas el trabajo en el sector público era casi una cuestión de caridad; para otros era un trabajo que hacían a media máquina, con exigencias bajas y con determinados conceptos como, por ejemplo, la idea de que no se trabaja todo el horario. Una de las cosas que nos sorprendieron más fue el hecho de que a mucha gente, si le pedíamos que trabajara las seis horas -exceptuando por supuesto la media hora de descanso-, le parecía excesivo. Es decir, no estaban acostumbrados a un nivel de exigencia en el funcionamiento intenso.

También es cierto que el ausentismo es una enfermedad de una organización que corroe la estructura, porque hace que la persona que va a trabajar, ya vaya sabiendo que no va a tener el mayor apoyo posible, que sus compañeros no van a ir, que va a tener que hacer el trabajo de otro y, además, que los resultados del trabajo no van a ser los ideales. Todo esto implica un cambio cultural en la organización y en la responsabilidad.

Asimismo, teníamos que ir acostumbrándonos a que se aplicara la normativa, es decir, que en el caso de aquel funcionario que faltaba reiteradamente y sin aviso, el Hospital tenía que sancionar conforme al marco legal. Esto es fácil decirlo, pero muy difícil ejecutarlo, porque ya que hay escasez de personal, se suspende personal, a lo que hay que sumar los problemas de ejecución de las sanciones, porque se necesita una organización para que atienda todos los aspectos legales. Por ejemplo, cuando asumimos la dirección del Hospital, no se conocía la lista de los trabajadores de las empresas tercerizadas ni cuántas horas trabajaban. Se pagaba de acuerdo con una planilla; cada empresa entregaba la cantidad de horas trabajadas, pero la dirección del Hospital no controlaba. El hecho de que el único reloj válido era el del Hospital, generó dudas de si registraba bien, y se planteó que había que invertir en equipamiento para ajustar la estabilidad de la energía eléctrica. Por eso, construir una organización implica gestionar, pero también invertir y gastar, capacitar en recursos humanos, etcétera. Todo esto no se logra de un día para otro, sino que lleva varios años.

Este fue el trabajo que empezó a procesar al Hospital, a la vez de invertir en el arreglo de las salas, para que tuvieran un nivel de hotelería decente y el paciente internado tuviera las condiciones básicas; no estamos hablando de lujo -ojalá pudiéramos-, sino de ofrecer papel higiénico y jabón en los baños, de que el paciente no tuviera que llevar artículos de limpieza para limpiar la habitación, etcétera.

Esto que para nosotros se resume en “dignidad” ha llevado un esfuerzo importante, a capacitar al personal y a controlar, porque sin control, si no se exige, si las normas no son claras, no se garantiza los objetivos ni que las palabras e ideas bonitas se lleven a la realidad.

Creemos que nada de esto se logra por decreto, sino a través de un trabajo que involucre a todos los trabajadores, para que cada uno se sienta parte del colectivo, se identifique con el hospital y tenga el orgullo de decir “Yo trabajo en el Hospital Maciel” o internar orgullosos a sus familiares, o inclusive ellos mismos; esto pasó en estos años con varios trabajadores del Hospital, quienes pudieron comprobar el resultado de sus esfuerzos. Involucrar a todo el personal fue una tarea complicada.

A veces vemos los resultados de un block quirúrgico, que es uno de los mejores del país, y por eso hoy el Hospital Maciel es referencia en cirugía de tórax, el hospital que fue designado como centro de tratamiento para el cáncer de pulmón, por la tecnología y el nivel de sus recursos humanos. Asimismo, es el lugar de referencia de transplante de médula ósea del país y lugar de avanzada en cuidados paliativos. Hoy la Unidad de Cuidados Paliativos pudo extenderse a todo el país desde el Hospital Maciel.

El Hospital es referencia en neurocirugía para el sur -es el mismo equipo que opera en Tacuarembó- y somos referencia en cirugía vascular y en tratamiento de enfermedades autoinmunes. Todo esto se logra si el personal entiende que cada uno de nosotros, sin importar qué lugar ocupe, somos responsables de la calidad del servicio y de que las cosas salgan bien.

En el marco del ordenamiento de la casa, nos parece fundamental que las normas sean claras. En la versión taquigráfica que nos enviaron se hace referencia a la comisión 05. Esta comisión es la responsable de los IMAE que funcionan en el hospital que son en diálisis crónica, diálisis peritoneal -diálisis agudo no está dentro de los IMAE, así como tampoco cuidados paliativos- y los trasplantes de médula ósea. Estos IMAE están localizados en áreas específicas dentro del hospital: el área de diálisis crónica, que ocupa un sector del hospital, el centro de trasplantes de médula ósea, que ocupa otro sector, y el área de diálisis peritoneal, en otro lugar del hospital. Los trabajadores que integran esta comisión se limitan a esos tres puntos dentro del hospital.

Fue necesario ordenar esa situación y la explicación de cómo se realizó eso la hará el doctor Decia.

SEÑOR DECIA (Juan Pablo).- Soy asesor legal de la dirección y director adjunto.

Antes de entrar en el punto específico que nos convoca, que tiene que ver con la comisión de apoyo del Hospital Maciel, quizás sea bueno mencionar la multiplicidad de vínculos contractuales que existen en la salud que, muchas veces, determina que haya un desconocimiento de los trabajadores con relación a la situación jurídica en la cual están inmersos. Ese desconocimiento y esa multiplicidad de vínculos, determinaron -tanto en el Hospital Maciel como en ASSE- que los trabajadores, sin tener en cuenta cuál es el estatus jurídico que los rige, pretendan la aplicación de determinados beneficios de cierto régimen que no tiene que ver con la situación jurídica real que les debe regir, al amparo de la vinculación que tienen con ASSE, en este caso, con el Hospital Maciel.

Los recursos humanos del Hospital Maciel se nutren a través de los funcionarios públicos, de los funcionarios presupuestados en stricto sensu, es decir, los presupuestados, los contratados por diferentes contratos de derecho público y, a la vez, los contratados por las comisiones de apoyo. Dentro de las comisiones de apoyo tenemos a la Comisión de Apoyo 068, que es una unidad ejecutora de ASSE -que tiene un régimen diferente al de la Comisión Local del Hospital Maciel- y los contratados a través de la Comisión Local del Hospital Maciel. Esta Comisión Local tiene como objeto social propio la administración y la gestión de los Institutos Médicos de Alta Especialización que funcionan en el hospital. Ahí tenemos dos IMAE: el de diálisis crónico y peritoneal -no agudo, como se dijo en la presentación de los trabajadores-, que dependen de la Comisión 068, y el de hemato oncología para el trasplante de médula ósea.

Cuando ingresamos en el hospital nos encontramos con una desorganización importante en cuando a la aplicabilidad de las diferentes normas jurídicas que les correspondía a cada uno de esos colectivos. ¿Por qué? Porque había trabajadores que tenían sobre sí cuestiones que tienen que ver con los presupuestados, otras cuestiones que tienen que ver con el grupo 20 de la salud, que es en el cual está inmerso la Comisión 068 y, a la vez, cuestiones relacionadas con el grupo 15, que es el grupo que regula a la Comisión Local.

Desde el año 2005 existe una resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre la clasificación de grupos, y se incluyó a la Comisión de Apoyo del Hospital Maciel en el grupo 15 de la salud privada. Es por eso que a todos los trabajadores inmersos en ese grupo les corresponden todos los beneficios que regulan ese tipo de actividad. Cuando ingresamos, en el año 2012, eso no se respetaba y a los trabajadores de la Comisión de Apoyo del Hospital Maciel se les aplicaba ciertos beneficios del sector público y otros correspondientes a la Comisión 068 -que está clasificada en el grupo 20-, lo que generó una situación de conflicto que solucionamos por medio de un acuerdo colectivo que se hizo con gran parte de los trabajadores, concretamente, con los trabajadores de diálisis. A la vez, y en función de la situación de conflicto y de prejudicialización que teníamos, a partir del año 2015 decidimos pagar todos y cada uno de esos beneficios que le corresponde al grupo 15 de la salud, dejando de lado algunas cuestiones que tienen que ver con derechos que no son aplicables a este colectivo. Pero, en ese proceso de trasmutación, los trabajadores, en gran medida, se vieron más beneficiados que perjudicados, como se ha señalado en alguna oportunidad por la organización de trabajadores, porque el grupo 15 de la salud cuenta con beneficios propios muy por encima, en algunos casos, de los que regulan el grupo 20, y también a los funcionarios presupuestados.

Lo que hicimos fue unificar criterios, organizar y emprolijar el tratamiento de este colectivo de trabajadores y, en ese sentido, desde 2015 a la fecha prácticamente no hemos tenido ningún reclamo judicial a nivel individual de los trabajadores de la Comisión, porque no hay ningún margen de incumplimiento que pueda ameritar judicialización de parte de algún reclamo que pueda existir.

En lo que tiene que ver con el convenio que se mencionó aquí por parte de la organización de trabajadores, eso fue un acuerdo. Había un incumplimiento de parte de la Comisión Local de pagar la nocturnidad al 30%, como marca el grupo 15 de la salud, y de pagar un 20% de compensación por área cerrada. Frente a esa situación, concientes de que era un derecho de los trabajadores y de que no había dos lecturas sobre el punto, porque es un beneficio del grupo que los nuclea, lo que hicimos fue acordar, de manera retroactiva, los rubros que había generado ese colectivo de trabajadores y, hacia el futuro, empezar a pagarlo como el convenio del grupo 15 lo mandata.

En ese sentido, tomamos algún tipo de decisión que pudo haber sido vista como una afectación a determinados derechos que preexistían, pero esto hay que analizarlo con una mirada más global. En ese proceso de cambio, de mutación de la situación jurídica de los trabajadores, todos ellos se vieron beneficiados porque empezaron -a partir de esa decisión que se tomó- a recibir derechos y beneficios que no tenían y que están muy por encima, como lo es, puntualmente, la canasta de fin de año. Sin ir más lejos, se les está pagando el 20% por el área cerrada, que antes no se le pagaba, y el 30% por la nocturnidad, que antes se pagaba un 20%.

También es justo señalar que los trabajadores vinculados a través del grupo 15 tienen determinados beneficios que no tienen los funcionarios públicos. A fin de año, al momento de irse de licencia, ellos cobran el salario vacacional -un beneficio que los funcionarios públicos no tienen-, antigüedad y productividad por trasplantes.

En fin, se trata de una serie de beneficios que tienen que ver con el estatus jurídico que los rige y que no tienen ese correlato en los funcionarios públicos.

¿Por qué hago referencia a esto? Porque, puntualmente, el tema de la canasta es un beneficio establecido para los funcionarios públicos pertenecientes a ASSE.

Entonces, conscientes de los escenarios de prejudicialización que teníamos, y en el designio de organizar todos los vínculos laborales en el Hospital Maciel, no queremos dejar plasmado ningún antecedente que pueda ser agua para el molino de aquellos que tratan de pedir beneficios para las personas que están vinculadas por el derecho privado en ASSE y que tienen que ver con los públicos. Esto también tiene relación con la experiencia y con una estrategia judicial legal que hemos adoptado desde la dirección para reorganizar, dar claridad y no dejar ningún margen de dudas acerca de cuál es el régimen jurídico que rige a los trabajadores.

En cuanto al ausentismo, como señaló el doctor Villar, puedo decir que es un flagelo de la salud. Cuando asumimos en el año 2012 nos encontramos con un alto grado de ausentismo y, parafraseando palabras del director, hemos dado una lucha sin cuartel. En ese sentido, a través de los diferentes instrumentos que nos brinda la ley, iniciamos procesos que tienen que ver con el ataque directo a sus causas, como los disciplinarios, que están a la orden de quienes gestionamos los servicios de salud, para que por esa vía podamos sancionar cuando las faltas no están justificadas.

Esto tiene que ver con la multiplicidad de vínculos contractuales que hay en la salud. ¿Por qué digo esto? Porque la organización de trabajadores mencionó que no se respeta el criterio de temporalidad y que muchas veces se dilatan las sanciones en el tiempo. Esto tiene que ver con las garantías del debido proceso que nosotros damos a todos los trabajadores, no porque se nos ocurra, sino porque se trata de un mandato constitucional. La instrucción de los diferentes procedimientos como las investigaciones administrativas y demás, tendientes a determinar la existencia de la falta, generan que haya una dilación en el tiempo entre la inasistencia y la sanción que se aplica. Tratamos de ser lo más ejecutivos posible, pero hay que respetar los plazos, y ello determina que las sanciones que se originan por faltas injustificadas muchas veces sobrevengan al cabo de siete u ocho meses. No hay que olvidar que el Estatuto del Funcionario Público y el Reglamento General de ASSE establecen un plazo de prescripción de ocho años para la falta, y nosotros estamos ubicando la sanción en no más de ocho o nueve meses. Esto es en lo que tiene que ver con los trabajadores presupuestados que son funcionarios públicos; para los de Comisión de Apoyo, que se rigen por el derecho

privado, la relación temporal es mucho menor, porque más allá de que tienen la oportunidad de presentar sus descargos como corresponde, no se inicia un procedimiento sumario más garantista como el que tienen los funcionarios públicos. Entonces, la relación de temporalidad entre la falta y la sanción se acorta considerablemente.

SEÑOR VERA (Pablo).- Como dijo el doctor Villar, comenzamos nuestra tarea buscando ordenar el hospital en todos los sentidos. Uno de los aspectos es la planta edilicia, a los efectos de dotar del mínimo confort a las salas para que cada acompañante tenga un sillón para pasar la noche y que los pacientes que están internados tengan una mesa para apoyar la bandeja y comer de manera confortable. También dedicamos mucho tiempo a la limpieza del hospital. Es más, consideramos que la limpieza del hospital es un valor. Esto tiene que ver con las empresas tercerizadas que tienen una gran cantidad de trabajadores, ya que aproximadamente quinientas personas trabajan en los servicios de limpieza, vigilancia, conserjería y camilleros.

Cuando empezamos a trabajar, una gran cantidad actividades carecían de un sistema de control efectivo. Nosotros empezamos a pagar a las empresas de acuerdo con las marcas de los trabajadores que estaban registradas en el reloj y pusimos normas para el caso de que algún trabajador marcara y no quedara registrado por algún motivo. En acuerdo con la comisión interna se instalaron tiqueteras en los relojes, es decir que cuando una persona marca, el reloj emite un tique que queda como constancia. Si cuando se hace la liquidación mensual de horas hay alguna omisión, se presenta el tique y se salva el inconveniente.

Además, hace unos años se instaló una central telefónica y mediante el uso de los internos el gasto en telefonía bajó, porque antes todas las llamadas se hacían mediante línea directa. Tenemos un sistema que controla todas las llamadas entrantes y salientes, y cuando hay algún exceso se manda una nota al servicio.

Asimismo, implementamos el polémico sistema de cámaras. Lo que buscamos al instalar el sistema de video vigilancia fue dotar al hospital de mayor seguridad. Los jefes de los servicios y los trabajadores nos pidieron que se instalaran cámaras para su tranquilidad, sobre todo en la farmacia y en los almacenes donde se guardan los medicamentos y el material médico. Que en esos lugares haya cámaras, es un respaldo para los trabajadores. Además, al hospital Maciel, por donde está ubicado y por lo que representa como institución, ingresaban personas por las diferentes vías de acceso y muchas lo hacían para robar, es decir que recorrían el hospital buscando una oportunidad para llevarse algo. Mediante el sistema de control con las cámaras hemos logrado reducir a prácticamente cero esas acciones. Hemos podido detectar múltiples episodios gracias al sistema de cámaras. Incluso, el presidente de la Comisión Interna, el señor Oscar Aires, me llamó en tres oportunidades solicitando tener acceso a imágenes por robos que se habían producido en perjuicio de algunos compañeros. O sea que el sistema se instaló para cuidar los bienes del hospital. A su vez, el gasto que teníamos que hacer en reparación de ascensores, producto del vandalismo o del mal uso, ha bajado considerablemente desde el año 2014 hasta ahora. Actualmente, las roturas de ascensores se deben al uso común. En lo que va de este año, y prácticamente en la mitad del año pasado, no hemos registrado incidentes de vandalismo.

Eso era lo que quería agregar con respecto a las cámaras.

SEÑOR PUIG (Luis).- Saludo a la dirección del Hospital Maciel y también saludo la preocupación por ir generando diversos mecanismos para mejorar la calidad de atención de los pacientes y corregir dificultades con las que se encontraron en su momento.

Hay preguntas que surgen a partir de la comparecencia de la Comisión Interna del hospital, por ejemplo, lo que tiene que ver con acuerdos realizados con sectores que, según se dijo, se habrían hecho sin la participación de los delegados sindicales, con lo que -siempre ateniéndonos a la versión que dan los trabajadores- se notan dificultades en la aplicación de la ley de negociación colectiva. Quiero saber cuál es ese sistema, aunque algo adelantó el doctor. Nos parece que sería importante definir con mayor precisión cuáles son los mecanismos de negociación y la globalidad de la negociación más allá de los diferentes referentes -la Comisión de Apoyo de la 068, la Comisión de Apoyo Local, los funcionarios presupuestados- porque en todas esas instancias la participación de la dirección sindical es un elemento fundamental para la aplicación de la negociación colectiva. Queremos saber cómo se ha avanzado en ese aspecto.

Los trabajadores no plantean una negativa a la existencia de cámaras, es más, valoran la importancia de ellas en diferentes áreas. Sí la cuestionan en algunos lugares como el comedor y los vestuarios, donde les parece que generan una invasión. Este es básicamente el centro de las preocupaciones que están aquí planteadas. Por otra parte, hay una pregunta que hice a los trabajadores, que no tuvieron respuesta. Se hacen varias referencias al servicio de diálisis para crónicos, y quiero saber en qué está algo que es una reivindicación histórica de los trabajadores de la salud en la región en cuanto a la reutilización de filtros, material descartable y demás. ¿En qué nivel estamos en el hospital?

SEÑOR VILLAR (Álvaro).- Por supuesto, todas las negociaciones las hacemos con la Comisión Interna, que representa a la Federación. En este caso en particular, los trabajadores del servicio de diálisis crónica, teniendo en cuenta el hecho de que esta comisión está regida por el derecho privado, solicitaron organizar su propio gremio. Pidieron la afiliación a la FUS y solicitaron al hospital que hiciera los descuentos correspondientes dado que consideraban que ellos pertenecían a la FUS y no a la Federación de Funcionarios de Salud Pública. La Comisión Interna en todo momento supo que era así. Fueron con las autoridades anteriores, con la Comisión Interna anterior, y en todo momento estuvieron al tanto de toda esta negociación. Por supuesto que preferían que estos trabajadores estuvieran dentro de la Federación, pero ellos realizaron sus asambleas, a las que incluso tuvimos que ir a informar los miembros de la Dirección, y lograron que los trabajadores de diálisis fueran incluidos en el proceso y tomados en cuenta. Solicitaron que se les reconociera que pertenecían al Grupo 15 y se les otorgara los beneficios de ese grupo. Estos trabajadores fueron los primeros que tomaron la iniciativa y hablaron con la Dirección. Nosotros consideramos que cada trabajador tiene que definir claramente a qué grupo pertenece y debe tener los beneficios de ese grupo. No podemos darle a cada uno lo mejor de cada mundo -todos lo querrían-, sino los derechos que le corresponden por el grupo al que pertenecen. Esa no era la situación anterior. Antes se hacían varios ajustes en el año según el momento en que reajustaba cada uno de los grupos; era una situación realmente muy irregular. Como Dirección hicimos todo el esfuerzo para que ellos tuvieran los beneficios del Grupo 15, pero no íbamos a permitir que tuvieran además los beneficios de los otros grupos. Esa fue la razón por la que se tomó esa decisión.

Con respecto a las cámaras, el hospital hizo una gran inversión, un esfuerzo importante para que los trabajadores tuvieran el mejor comedor. Yo creo que es uno de los mejores comedores de las empresas públicas del país. Los trabajadores tienen las mejores instalaciones. Tienen sus microondas, sus heladeras, música funcional, un patio al que pueden salir en verano en el que instalamos sombrillas y la posibilidad de acceder a la comida elaborada en el hospital a través de un tique; pero dados los bienes que hay ahí, y esas situaciones de vandalismo a las que hizo referencia el administrador, consideramos que el hospital tiene derecho a cuidar sus propiedades. Una posibilidad es poner guardias de seguridad por todo el hospital, con el gasto que eso significa, o poner las cámaras. Esa es la situación real. Considero una irresponsabilidad como director hacer una inversión de ese tipo, poner esos elementos que compró el hospital, y no cuidarlos. Por otra parte, no hay una sola cámara en un baño del hospital; eso está prohibido. Justamente, uno de los problemas que tenemos hoy es que hay robos en los vestuarios porque no podemos poner cámaras. Si logramos los recursos necesarios, este año vamos a arreglar los vestuarios y vamos a poner cámaras en los corredores, donde están los lockers, pero no podemos tener cámaras en los baños. Nuestro sueño es que algún día los pacientes que tienen que ir a hacerse una placa puedan dejar sus pertenencias arriba de la mesa de luz con tranquilidad. Yo, como Director, todavía no puedo garantizar eso a mis pacientes. Espero que algún día lo podamos hacer. Esa es una tarea de todos los trabajadores del hospital. Es una cuestión mínima de una persona que invita a alguien a su casa: asegurarle que ahí puede estar tranquilo.

SEÑOR PUIG (Luis).- Aunque esto no figura en el planteo de los trabajadores, quisiera saber, en relación al servicio de diálisis crónicas ¿cuál es el nivel de reutilización de los materiales, filtros, tubuladuras y demás?

SEÑOR VILLAR (Álvaro).- Todavía tenemos un número de reuso dentro del hospital. Todo el proceso de control que se realiza ahí es muy estricto. No hay un número fijo determinado, sino que el personal técnico controla la calidad de cada fibra.

Los resultados de la diálisis crónica el Hospital Maciel -que es lo que podemos medir- son excelentes, si tomamos en cuenta las complicaciones, la sobrevida y la medicación que allí se da. A nuestros pacientes se

les da medicación que otros centros de diálisis no se brinda. Además, es el único centro que cuenta con diálisis en la noche.

El personal que dirige el centro de diálisis controla cada catéter y determina cuándo no puede ser reutilizado. Aspiramos a tener los medios para que no sea necesario reutilizarlos; pero todos los centros del país lo hacen. Junto con la doctora Pastorino, que dirige ese centro, estamos valorando la posibilidad de lograr ese objetivo. Comparto con el señor diputado Puig que esa debería ser la meta que deberíamos alcanzar.

SEÑOR DECIA (Juan Pablo).- Quiero precisar que el convenio que se firmó con el personal de diálisis no tiene naturaleza de convenio colectivo. Aclaro esto porque la decisión de unificar el régimen de los trabajadores a partir de enero de 2015 fue de la Dirección del Hospital Maciel en atención a todos los argumentos que señalamos anteriormente, no en ejecución de ese acuerdo. No fue un convenio colectivo, sino un acuerdo de pago y transacción, celebrado por un conjunto de trabajadores que estuvieron representados por dirigentes que ellos mismos, autónomamente, eligieron. Como señaló el doctor Villar, es su intención afiliarse a la FUS, y nos solicitaron que arbitremos los mecanismos necesarios en ese sentido. Además fueron representados por un abogado particular que los asistió en todos los procesos de la negociación ante el Ministerio. El pago y el acuerdo se hicieron en la órbita del Ministerio, con la intervención de los delegados negociadores del Grupo 15 de salud. Los trabajadores suscribieron ese acuerdo a título personal; ellos mismos comparecieron, no fueron representados por los dirigentes gremiales, luego se generó ese efecto universal. Todos los trabajadores involucrados en ese acuerdo comparecieron personalmente, previo asesoramiento y asistencia letrada, y decidieron renunciar -como es de orden en toda transacción en la que hay recíprocas concesiones- a las cuestiones que tiene que ver con los beneficios de los públicos; aceptaron la aplicación de un régimen más beneficioso para ellos como es todo lo que está prescripto para el Grupo 15 de la salud privada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agrademos la visita.

Se levanta la reunión.